

FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES



Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____
Téléphone:(____) _____ Courriel: _____

Ou avez-vous entendu parler de nous? _____

1) RISQUES INHÉRENTS AU KITESURF ET SNOWKITE AVEC KITE MONTREAL

Les risques de l'activité de **kitesurf** ou de **snow kite** à laquelle je vais participer sont, de façon plus particulière, mais non-limitatives :

- Blessures dues à des chutes ou autres mouvements (entorse, foulure, fracture, etc.)
- Blessures avec objet contondant ou coupant (branches, matériel, etc.), ou non entre les individus
- Contact avec l'eau ou noyade, froid ou hypothermie et la glace
- Je suis particulièrement conscient(e) que je peux être éjecté(e) ou tomber dans l'eau ou sur la glace à tout moment durant la formation.

2) ÉTAT DE SANTÉ

Sexe : _____ Âge : _____ Allergie ? OUI / NON Si oui, précisez : _____
Êtes vous enceinte ? OUI / NON Si oui, depuis combien de mois ? _____
Prise de médicaments ? OUI / NON Si oui, précisez le nom du (des) médicament(s) et la posologie : _____

Avez-vous des problèmes de santé physique, émotionnels ou comportementaux qui directement ou indirectement vous limiteraient dans la pratique de l'activité à laquelle vous allez participer ? **Spécifiez**. Ex. Problèmes respiratoires, cardiaques, diabète, de vision, de sourdité, peur de l'eau / des hauteurs / des chiens, limitation de vos mouvements, etc.. OUI / NON

Si oui, précisez : _____

N.B. : Si vous avez répondu oui à l'un des items de la section 2, VOUS DEVEZ RENCONTRER L'INSTRUCTEUR ET LUI EN FAIRE PART . À remplir seulement si vous avez répondu oui à l'un des items de la section 2. Après en avoir discuté avec une personne responsable de **Kite Montreal**, j'accepte les risques additionnels qui pourraient entraîner une possible aggravation de mon état de santé. **Initiales S.V.P.** _____

3) CONFIRMATION DES RENSEIGNEMENTS ET ACCEPTATION DES RISQUES

J'atteste que les renseignements consignés dans la présente fiche sont exacts, et cela au meilleur de ma connaissance. Je certifie ne pas avoir délibérément omis de renseignements sur mon état de santé, pertinents ou non. Je suis conscient(e) que l'information contenue dans la présente fiche est confidentielle. Ayant pris connaissance de ces risques et ayant eu l'occasion d'en discuter avec une personne responsable de l'activité, je reconnais avoir été informé(e) sur les risques inhérents aux activités et je suis en mesure d'entreprendre l'activité en TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES que peut comporter cette activité. Je m'engage aussi à jouer un rôle actif dans la gestion de ces risques en adoptant une attitude préventive à mon égard ainsi qu'à l'égard des autres personnes m'entourant.

4) DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ MATÉRIELLE

Soussigné, je renonce par la présente à toute réclamation, ainsi qu'à toute poursuite en dommage et intérêts pour tous dommages aux biens et matériel m'appartenant. (usure normale, perte, bris, vol, vandalisme).

5) AUTORISATION À INTERVENIR EN CAS D'URGENCE

Soussigné, j'autorise **Kite Montreal** à prodiguer tous les premiers soins nécessaires en cas de besoin. J'autorise également **Kite Montreal** à prendre la décision, dans le cas d'un accident à me transporter (par ambulance, hélicoptère, garde côtière ou autrement) dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, le tout, s'il y a lieu, à mes propres frais.

Nom du participant (en lettres moulées) : _____ Signature : _____ Date : _____

Nom d'un parent: _____ Signature d'un parent (si moins de 16 ans) : _____ Date : _____

(si moins de 16 ans, en lettres moulées)